

O Modelo AGA@4life na promoção de um envelhecimento ativo e saudável

Telmo Pereira

Instituto Politécnico de Coimbra, ESTeSC,

Departamento de Fisiologia Clínica

telmo@estescoimbra.pt

Resumo

O envelhecimento das populações constitui um importante desafio na atualidade. Para corresponder a esta problemática transversal aos vários sectores da sociedade, desenvolveu-se um modelo que visa a promoção de um envelhecimento ativo e saudável através da implementação de um modelo de intervenção fundado na abordagem geriátrica ampla (AGA), incorporando também recursos endógenos da região, e envolvendo o meio académico da área das Ciências da Saúde. O modelo de AGA proposto, designado AGA@4life, assenta num protocolo de avaliação individual, de natureza holística e multidisciplinar, e consequente delineamento e implementação de estratégias de intervenção ajustadas a cada indivíduo, visando a prevenção da fragilidade e do declínio funcional, cognitivo e social do idoso. As ações de intervenção centram-se em programas personalizados de exercício físico, educação nutricional, estimulação cognitiva, monitorização de comorbilidades, aconselhamento farmacoterapêutico e promoção global do bem-estar.

13

Introdução

O envelhecimento das populações assume-se hoje como um problema social e económico da maior importância, observando-se na União Europeia, um crescimento a um ritmo superior a 2 milhões de indivíduos com mais de 60 anos por cada ano civil.¹ O aumento da esperança média de vida e o declínio na natalidade são fatores potenciadores de um processo de transformação demográfica que cria um conjunto de novos desafios no domínio da inserção do idoso na sociedade, na qualidade e esperança de vida ativa, na sustentabilidade dos sistemas de saúde e segurança social, e no mercado de trabalho.²

Por outro lado, a pressão demográfica sobre as instituições prestadoras de cuidados especializados a estas populações colocará também problemas de operacionalidade, que poderão comprometer a qualidade dos serviços prestados, e a adequação da oferta a todos os que necessitem destas formas de apoio.³ Reconhecendo-se assim a ameaça que esta nova realidade demográfica oferece ao equilíbrio da sociedade, torna-se indispensável o desenvolvimento e implementação de políticas e ações estratégicas que valorizem o papel da pessoa idosa, promovam a sua saúde e bem-estar, e contribuam para o seu envolvimento na comunidade.⁴

O desafio

O envelhecimento demográfico que caracteriza a atualidade coloca as sociedades modernas perante desafios de diversa ordem, nomeadamente 1) ao nível da administração pública, nos domínios da inserção do idoso na sociedade, da qualidade e esperança de vida ativa, da sustentabilidade dos sistemas de saúde e segurança social, e do mercado de trabalho, 2) ao nível dos prestadores de cuidados, face aos problemas de operacionalidade que poderão advir da excessiva pressão demográfica, com impacto previsível ao nível da qualidade dos serviços e da adequação da oferta, 3) ao nível do meio académico, particularmente na área das Ciências da Saúde, pela necessidade de se adequarem os curricula à complexidade clínica destas populações, nas vertentes que medeiam a promoção da saúde e prevenção da doença, o diagnóstico, o tratamento e a reabilitação, e 4) ao nível da sociedade em geral, pelo desígnio humanista de garantir a dignidade individual. Por outro lado, o contexto biológico, psicológico e social do idoso é, reconhecidamente, muito particular. Desde logo, os processos fisiológicos intrínsecos ao envelhecimento são um determinante fundamental da eficácia das iniciativas que visam a promoção de um envelhecimento ativo e saudável.^{3,4} De facto, esta população encontra-se em maior risco de défices adquiridos a vários níveis, de declínio cognitivo, de internamento hospitalar, ou de outras formas de institucionalização como consequência de doença ou do processo terapêutico que lhe está inerente.⁵⁻⁷ Por outro lado, o contexto clínico do idoso é marcado por uma enorme complexidade, sendo comum

a multi-morbilidade, com a coexistência de diversas doenças crónicas, frequentemente de forma oculta (fenómeno de Iceberg), sendo a polifarmácia consequente um desafio acrescido⁵, a par da perda insidiosa de funcionalidade, a fragilidade, o risco de quedas⁸ e o maior risco de mortalidade⁹. Em particular, o risco de quedas, face ao problema de saúde pública de que se reveste a queda no idoso, tem motivado o desenvolvimento de recursos tecnológicos de screening e prevenção, como por exemplo o inovador sistema *FallSensing – Technological solution for fall risk screening and falls prevention*¹¹.

A resposta

A resposta a este problema de primeira linha terá necessariamente de passar por uma abordagem individualizada, multidimensional e interdisciplinar, o que constitui a raiz matricial da Abordagem Geriátrica Ampla (AGA). A AGA é um modelo iniciado por Marjory Warren, no final da década de trinta do século passado, sendo uma das pedras basilares na abordagem geriátrica, e assumindo-se como a resposta à complexidade e multiplicidade de problemas apresentados pelos idosos.¹¹ Esta é definida como um processo multidisciplinar, balizado no *continuum* diagnóstico-intervenção, mediante a identificação das limitações e incapacidades físicas, psíquicas e sociais do idoso, e a implementação de um plano de intervenção coordenado e individualizado, visando a maximização da saúde durante o envelhecimento.^{12,13} Desta forma, os cuidados são dirigidos para além da gestão clínica tradicional, incorporando componentes físicas, cognitivas, afetivas, sociais, ambientais, e até financeiras e espirituais, determinantes para uma perspetiva holística do bem-estar¹⁴ (vide figura 1). Tradicionalmente, a AGA baseia-se na premissa de que uma avaliação sistemática do idoso por uma equipa multidisciplinar permite a otimização das estratégias de gestão do processo de envelhecimento, levando a melhores desfechos de saúde, à promoção da saúde e do bem-estar, e à valorização da participação do idoso na comunidade.

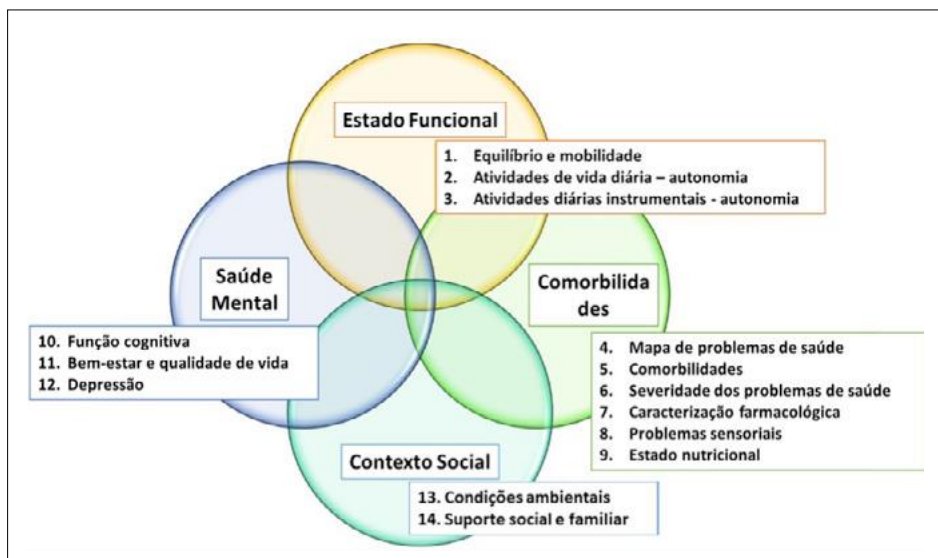


Figura 1. Dimensões e sub-dimensões da abordagem geriátrica ampla (AGA). Adaptado de ¹⁵⁻¹⁷.

Em termos de estrutura formal, a AGA apresenta-se de forma muito heterogênea e flexível. Os seus componentes podem ser diferentes dependendo da equipa que a aplica e do local onde é realizada. Contudo, e apesar desta aparente diversidade, a AGA tem características próprias e constantes, como o fato de ser sempre multidimensional e utilizar instrumentos adequados para quantificar a capacidade funcional e avaliar parâmetros psicológicos e sociais. A incorporação de métodos de diversas disciplinas numa avaliação única fornece um meio prático e objetivo de ver o idoso como um todo.¹⁷ A eficácia desta abordagem tem sido documentada em diversos estudos clínicos, particularmente em contextos em que a seleção dos idosos é feita de forma adequada, em que a avaliação diagnóstica é traduzida num plano de intervenção individualizado e implementado por uma equipa interdisciplinar, e em que uma monitorização sistemática dos resultados é executada, com reajustamento dinâmico dos programas de intervenção face à variação nas necessidades individuais.¹⁸⁻²² As vantagens reconhecidas neste modelo são: 1) a nível individual, a melhor acurácia do exame clínico, o estabelecimento do grau e extensão da incapacidade, e a identificação de idosos em risco de declínio funcional; 2)

a nível populacional, a identificação de populações em risco, e o potencial de utilização em estudos clínicos para a avaliação da capacidade funcional e da qualidade de vida, e no planeamento de políticas públicas para o envelhecimento.^{23,24}

Face às evidências acumuladas, a AGA congrega um conjunto de características que a tornam instrumental para a utilização em estratégias de promoção de saúde e bem-estar no contexto do envelhecimento. A avaliação do idoso como um todo, e a definição consequente de um plano de intervenção personalizado, no qual elementos como a estimulação intelectual, a atividade física, o aconselhamento multidimensional, e a promoção da inclusão, são fatores-chave, adequam esta abordagem ao um dos desafios sociais mais complexos e importantes da atualidade.²⁵⁻²⁷ De resto, as evidências mais recentes na investigação neurocientífica têm documentado o contributo destes elementos na plasticidade cerebral e otimização de funções cognitivas.^{e.g.28,29} Por outro lado, é reconhecido o efeito positivo de um corpo fisicamente ativo, bem alimentado e intelectualmente estimulado, na promoção do bem-estar.^{e.g.30} Estes aspetos, por si só, ilustram a necessidade de um plano de ação alicerçado em equipas interdisciplinares, cujo eixo de atuação compreenda a intervenção física, psicológica/cognitiva, social e cultural, bem como a monitorização sistemática do estado de saúde, para a qual o recurso a plataformas digitais de monitorização remota de bio-sinais fisiológicos e ambientais desempenhará um papel decisivo.³¹

O modelo AGA@4life

O modelo de intervenção AGA@4life foi desenhado com o objetivo de corresponder ao desafio societal de importância capital na atualidade, que é o envelhecimento da população. Nesse sentido, desenvolveu-se um programa de intervenção baseado na AGA, com o objetivo fundamental de promover um envelhecimento ativo e saudável. A ação estratégica deste modelo centra-se na valorização da pessoa idosa, pela promoção da saúde e bem-estar, da independência e autonomia, da mobilidade e da oportunidade para contribuir na comunidade em que se insere.

O plano de intervenção segue o modelo previsto no desenho conceptual da AGA, compreendendo assim 1) a constituição de uma equipa de intervenção e o desenho da estratégia global de atuação, e 2) a implementação prática dos passos fundamentais da AGA.^{e.g. 12-14,32} A Equipa de Intervenção tem uma composição multidisciplinar e é responsável pelo desenho e adaptação do modelo de avaliação/intervenção a implementar, e por todas as tarefas de campo necessárias à concretização dos objetivos do plano de intervenção.

Quanto à implementação do modelo de AGA, esta compreende seis passos fundamentais:

1) caracterização clínica e avaliação diagnóstica da população-alvo; 2) apreciação e discussão dos casos avaliados, no seio da equipa multidisciplinar; 3) definição de um plano de intervenção individualizado e multidisciplinar; 4) implementação do plano de intervenção, em articulação com idoso, família e agentes locais; 5) monitorização da resposta ao plano de intervenção; 6) discussão dos resultados pela equipa de intervenção, e revisão do plano de intervenção sempre que necessário. O cumprimento de todos estes passos é fundamental para a obtenção do resultado esperado – máximo benefício em termos de saúde e funcionalidade. As componentes fundamentais a recolher na avaliação do idoso são: a capacidade funcional, o risco de quedas, a comorbilidade (e.g. doenças cardiovasculares, respiratórias, metabólicas, osteoarticulares), a cognição (e.g. memória, comunicação), a qualidade de vida e humor, a polifarmácia, a nutrição, a audição e visão, o contexto ambiental quotidiano, a dentição, a continência urinária e fecal, a função sexual, a espiritualidade, o suporte social, preocupações financeiras, e as expectativas pessoais quanto aos cuidados prestados. Para este efeito, são utilizados instrumentos de avaliação que incluem questionários, especificamente validados para utilização no contexto de AGA, e recursos tecnológicos para avaliações objetivas do sistema cardiovascular, respiratório, digestivo e urinário, do estado global de saúde (análises clínicas) e do sistema muscular e osteoarticular. O sistema nervoso central é também estudado, com ênfase no estudo das funções cognitivas através de métodos apropriados (e.g. plataforma de testes cognitivos CANTAB da Cambridge Cognition Ltd, UK). São ainda avaliadas as características físicas e ambientais dos locais onde decorre o quotidiano de cada idoso, com ênfase no estudo da qualidade do ar e das barreiras físicas à mobilidade. Os planos de intervenção são

construídos à medida das necessidades identificadas em cada idoso, focando-se nas diferentes dimensões potenciadoras de benefícios em termos de saúde. Um dos aspetos centrais nos planos de intervenção deverá passar, sempre que possível, pela aplicação de recursos endógenos que contribuam adicionalmente para a valorização da inclusão do idoso no ecossistema em que coabita.

Um aspeto adicional no modelo AGA@4life passa pela capacitação dos profissionais de saúde para a atuação em contexto geriátrico, com particular ênfase nas dimensões da promoção de um envelhecimento saudável e ativo. Nesse sentido, preconiza-se também uma interação com a academia no sentido de assessorar o reajustamento dos currículos das Unidades Curriculares que permita a inclusão do modelo de *problem-based learning* e *problem-based research* direcionado para as questões concretas do envelhecimento.

Conclusões

Os desafios inerentes à transformação das sociedades modernas, em particular no que concerne à realidade demográfica que se tem vindo a impor, coloca a exigência de desenvolvimento de respostas adequadas e eficazes, as quais deverão, desde logo, assentar no reconhecimento do envelhecimento enquanto processo individual, multidimensional e heterogéneo. O modelo de intervenção AGA@4life foi desenvolvido com base nesta premissa essencial, conjugando a abordagem holística da pessoa idosa e a definição consequente de um plano de intervenção personalizado com vista à promoção de um envelhecimento saudável e ativo. Este plano de intervenção é desenhado à medida das necessidades concretas do indivíduo, implementado por uma equipa multidisciplinar e tecnicamente qualificada, congregando elementos diversos, tais como a estimulação cognitiva, a atividade física adaptada, o aconselhamento multidimensional e a promoção da inclusão.

Estes aspetos ilustram a necessidade de um plano de ação fundamentado em equipas multidisciplinares, articuladas com os Cuidados de Saúde primários, e com eixos de ação que incluam intervenções no âmbito neuropsicológico, social e cultural, na atividade física

e funcionalidade, na otimização nutricional, na monitorização sistemática do estado de saúde global, na qual o recurso a plataformas digitais de monitorização remota de sinais fisiológicos poderá desempenhar um papel decisivo, e na criação de ambientes amigáveis e inclusivos, que valorizem o papel da pessoa idosa, promovam a sua saúde e bem-estar, e contribuam para o seu envolvimento na comunidade.

Key-Points

- O envelhecimento da população constitui um desafio de importância capital;
- O envelhecimento é um processo multidimensional e heterogéneo;
- As respostas de promoção de um envelhecimento ativo e saudável deverão assentar numa abordagem personalizada e multidisciplinar;
- O modelo AGA@4life constitui uma abordagem integrada, multidisciplinar e personalizada de intervenção na pessoa idosa.

Referências bibliográficas

1. World Health Organization (WHO). World report on ageing and health. Ageing and life-course. World Health Organization, 2015.
2. Angeloni S, Borgonovi E. An ageing world and the challenges for a model of sustainable social change. *Journal of Management Development*, 2016; 5(4):464-485.
3. Zimmer, Zachary. *Global Ageing in the Twenty-First Century: Challenges, Opportunities and Implications*. Routledge, 2016.
4. Christensen K, Doblhammer G, Rau R, Vaupel JW. Ageing populations: the challenges ahead. *Lancet*, 2009; 374(9696):1196-1208.
5. Marengoni A, et al. Coexisting chronic conditions in the older population: Variation by health indicators. *European journal of internal medicine*, 2016; 31: 29-34.
6. Blazer D, Wallace R. Cognitive Aging: What Every Geriatric Psychiatrist Should Know. *The American Journal of Geriatric Psychiatry*, 2016; 24(9): 776-781.
7. Marengoni A, Angleman S, Melis R, Mangialasche F, Karp A, et al. Aging with multimorbidity: a systematic review of the literature. *Ageing Res Rev*, 2011; 10: 430-439.
8. Todd C, Skelton D. What are the main risk factors for falls among older people and what are the most effective interventions to prevent these falls? Copenhagen, WHO Regional Office for Europe. Health Evidence Network report, 2004.
9. Fried LP, et al. Untangling the concepts of disability, frailty, and comorbidity: implications for improved targeting care. *J Gerontology*, 2004; 59(3):255-63.
10. Martins AC, Moreira J, Silva C, Silva J, Tonelo C, Baltazar D, Rocha C, Pereira T, Sousa I. Multifactorial Screening Tool for Determining Fall Risk in Community-Dwelling Adults Aged 50 Years or Over (FallSensing): Protocol for a Prospective Study. *JMIR Res Protoc*. 2018 Aug 2; (8):e10304.
11. Solomon DH. Foreword. In: Osterweil D, Brummel-Smith K, Beck JC. *Comprehensive Geriatric Assessment*. USA: Mc Graw Hill, 2000.
12. Devons CA. Comprehensive geriatric assessment: making the most of the aging years. *Curr Opin Clin Nutr Metab Care*, 2002; 5(1):19-24
13. Stuck AE, Siu AL, Wieland GD, et al. Comprehensive geriatric assessment: a meta-analysis of controlled trials. *Lancet*. 1993; 342(8878):1032-6.
14. Ward KT, Reuben DB. *Comprehensive geriatric assessment*. Up-to-Date, 2016; 1-14.
15. Inouye SK, Studenski, Tinetti ME et al. *Geriatric Syndromes: Clinical, Research, and Policy*

Implications of a Core Geriatric Concept. *J Am Geriatr Soc*, 2007; 55(5):780-91.

16. Paixão Jr. CM, Reichenhein ME. Uma revisão sobre os instrumentos de avaliação funcional do idoso. *Cad Saúde Pública*, 2005; 21(1):7-19.

17. Costa EFA. Avaliação Geriátrica Ampla (AGA). In: Liberman A, Freitas EV, Savioli Neto F, Taddei CFG. *Diagnóstico e Tratamento em Cardiologia Geriátrica*. Editora Manole, 2005.

18. Barnett K, Mercer SW, Norbury M et al. Epidemiology of multimorbidity and implications for health care, research, and medical education: a cross-sectional study. *The Lancet*, 2012; 380(9836):37-43.

19. Ellis G, Whitehead MA, Robinson D et al. Comprehensive geriatric assessment for older adults admitted to hospital: meta-analysis of randomized controlled trials. *BMJ*, 2011; 343:d6553.

20. Baztán JJ, Suárez-García FM, López-Arrieta J, Rodríguez-Mañas L, Rodríguez-Artalejo F. Effectiveness of acute geriatric units on functional decline, living at home, and case fatality among older patients admitted to hospital for acute medical disorders: meta-analysis. *BMJ*, 2009; 338:b50.

21. Ellis G, Langhorne P. Comprehensive geriatric assessment for older hospital patients. *Br Med Bull*. 2005 Jan 31; 71: 45-59.

22. Wieland D, Hirth V. Comprehensive Geriatric Assessment. *Cancer Control*, 2003; 10(6):454-62.

23. Costa EFA, Monego ET. Avaliação Geriátrica Ampla. *Revista da UFG*, 2003; 5(2).

24. Guralnik JM et al. Disability as a public health outcome in the aging population. *Annu Rev Public Health*, 1996; 17:25-46.

25. Ong T. Ageing positively. *Journal of Primary Health Care*, 2016; 8:86.

26. Kogan AC, Wilber K, Mosqueda L. Person-Centered Care for Older Adults with Chronic Conditions and Functional Impairment: A Systematic Literature Review. *J Am Geriatr Soc*. 2016; 64(1):e1-7.

27. Giacalone D, et al. Health and quality of life in an aging population-Food and beyond. *Food Quality and Preference*, 2016; 47:166-170.

28. Duzel E, van Praag H, Sendtner M. Can physical exercise in old age improve memory and hippocampal function? *Brain*, 2016; 139(Pt 3):662-73.

29. Mrazek D, et al. Pushing the Limits: Cognitive, Affective, and Neural Plasticity Revealed by an Intensive Multifaceted Intervention. *Frontiers in human neuroscience*, 2016; 10:117.

30. Barton J, et al., eds. *Green Exercise: Linking Nature, Health and Well-being*. Routledge, 2016.

31. Lavallière M, et al. Tackling the challenges of an aging workforce with the use of wearable technologies and the quantified-self. *Journal of the Facultad de Minas*, 2016; 83(197):38-43.

32. Elsayw B, Higgins KE. The geriatric assessment. *Am Fam Physician*, 2011; 83(1):48-56.

